



Évaluation du Poignet ☐ CSST ☐ SAAQ ☐ Private

Nom: _____ Sexe: M__ F__ Date naissance : _____ Age : ____ Date : _____
Diagnostic : _____ Dominance : D : ____ G : ____
Occupation : _____ Travail : Manuel__ Physique__ Mvt répétitif__ Travail pas__ Autre__
Description du poste de travail : _____
Histoire : Date de l'accident : _____
Mécanisme de blessure ou origine de la lésion : _____

Evolution des symptômes : _____

Traitements antérieurs : ☐ aucune _____

<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale (DLN)	AVQ	Indép.	Ass.	details	AVD	Indép.	Ass.	details
	Hygiène				Cuisine			
	Alimentation				Lessive			
	Transferts				Repassage			
	Déplacements				autre			

Rapports d'examen (Rayons-X, RMI, EMG,...) : ☐ aucun _____

Allergies : ☐ aucune _____

Antécédants (pertinent à la lésion actuelle) : ☐ aucun _____

Affections associées (autres problèmes qui peuvent influencer):

☐ aucune _____

Médication : ☐ aucun _____

O-Données subjectives : **Douleur** : Description :

Brûlure__ Elancement__ Pression__

Autre _____

Localisation : ☐ voir diagramme _____

Intensité : _____

Augmentée par : _____

Diminuée par : _____

Paresthésie (hypo-hyper): ☐ aucune _____

Faiblesse perçue par client : _____

Durée : ☐ constante ☐ périodique ☐ constante avec période de crise périodique ☐ autre _____

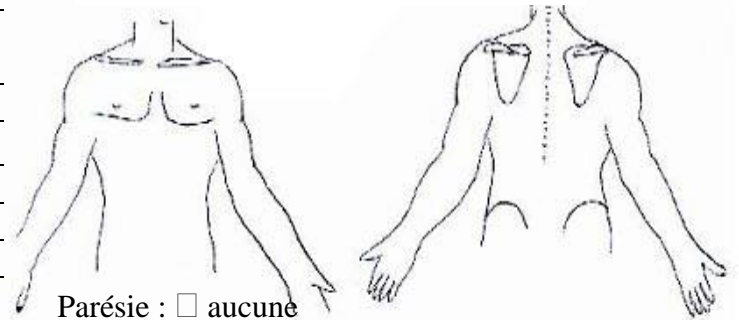
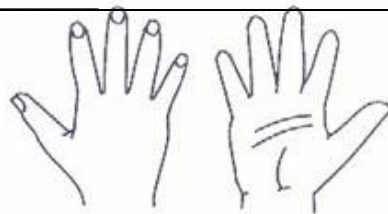
Prédominance horaire: ☐ matinal ☐ nocturne ☐ aucune ☐ autre _____

Douleur : ☐ le réveille la nuit ☐ l'empêche de dormir Position de sommeil : _____

O-Donnée Objectives: Peau : _____ Difformité : _____ Cicatrice : _____

T°C : _____ Atrophie : _____ Oedeme : _____

Posture : _____ Autres : _____



Parésie : ☐ aucune _____

Posture :								
Oedeme : <input type="checkbox"/> aucune	Droite	Gauche				Droite	Gauche	
<input type="checkbox"/> Dans la limite de la normale	Amplit. Art. ACTIVE		Amplit. Art. PASSIVE			Mvts Isometrique		
	Poignet	D	G	D	G	Endfeel	D	G
	FLX							
	EXT							
	ABD							
	ADD							

TRP :

S:\Rehabilitation\Physiotherapy\Evaluations\Wrist

Physiothérapeute :

Évaluation du Poignet ☐ CSST ☐ SAAQ ☐ Private

<input type="checkbox"/> Dans la limite de la normale	Amplit. Art. ACTIVE			Amp. Art.PASSIVE			Endfeel			Mvts Isométrique		
SUPINATION												
PRONATION												
	Index : DROIT/GAUCHE			Majeure :DROIT/GAUCHE			Annulaire :DROIT/GAUCHE			Petit doigt :DROIT/GAUCHE		
	MP	IPP	IPD	MP	IPP	IPD	MP	IPP	IPD	MP	IPP	IPD
FLX ROM												
FLX Force												
Ext ROM												
Ext Force												
Pouce : <input type="checkbox"/> DLN	Droit/Gche ROM		Droit/Gche Force		Pouce : <input type="checkbox"/> DLN		Droit/Gche ROM		Droit/Gche Force			
MP FLX					IP FLX							
EXT					EXT							
ADD					Opposition							
ABD												

Remarques : _____

Mobilisation accessoires : _____

Bilan musculaire	Droit	Gauche	Triceps	Droit	Gauche
Extenseurs pgnet			Prehens. main		
Flech. pgnet			Autre		
Biceps					

Scan épaule, coude, Cervicale : ☐ aucune dlr ☐ ROM complet ☐ Force 5/5_ ☐ Aure : _____

Bilan Circulatoire:pouls: ☐ égal droit et gauche en bpm et volume_Autre : _____

<input type="checkbox"/> DLN	D	Derm.	G	D	Myot.	G	<input type="checkbox"/> DLN	D	Derm	G	D	Myot	G
C1-2							C8						
C3							T1						
C4							T2						
C5							Reflex C6-7	<input type="checkbox"/> V+S <input type="checkbox"/> IdS					
C6							Vif + symétrique (v+s) C5-6	<input type="checkbox"/> V+S <input type="checkbox"/> IdS					
C7							Incapable de solliciter (IdS) C7	<input type="checkbox"/> V+S <input type="checkbox"/> IdS					
Tests Spécifique				Droit				Gauche					
Tinel													
Finkelstein													
Autre													

Mobilité accessoire _____

<input type="checkbox"/> DLN	Transferts	Ass.	Indep.	Description	Assistance	Ass.	Indep.	Description
	Couché-assis				Marche			
	Assis-debout				Escaliers			
	Supine-sidelying				Trottoir			
	Supine-prone				Autre			

Palpation : _____

TRP :

S:\Rehabilitation\Physiotherapy\Evaluations\Wrist

Physiothérapeute :